

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1940

THÈSE

N° 211

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Jean-Paul GAUTIER

Externe des Hôpitaux de Paris

Né à Viroflay le 3 Août 1915

**SUR UNE FORME
D'URÉTHRITE GONOCOCCIQUE RÉCIDIVANTE
avec
MANIFESTATIONS DE GONOCOCCÉMIE**

Président de thèse : Monsieur le Professeur CHEVASSU

PARIS
LIBRAIRIE B. DEY
162, Rue Saint-Jacques

1940



Digitized by the Internet Archive
in 2026

SUR UNE FORME
D'URÉTHRITE GONOCOCCIQUE RÉCIDIVANTE
avec
MANIFESTATIONS DE GONOCOCCEMIE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1940

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Jean-Paul GAUTIER

Externe des Hôpitaux de Paris

Né à Viroflay le 3 Août 1915

**SUR UNE FORME
D'URÉTHRITE GONOCOCCIQUE RÉCIDIVANTE
avec
MANIFESTATIONS DE GONOCOCCÉMIE**

Président de thèse: Monsieur le Professeur CHEVASSU

PARIS
LIBRAIRIE B. DEY
162, Rue Saint-Jacques

—
1940

I. PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIÈRE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	PASTEUR-VALLÉRY RAGOT
Pathologie chirurgicale.	MONDOR.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	AUBERTIN.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LÉVY-VALENSI
Pathologie expérimentale et comparée	Henri BENARD
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
	ABRAMI.
	FIESSINGER.
Clinique médicale	LOEPER.
	RATHERY.
	LEREBoullet
Hygiène et clinique de la première enfance	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies des enfants	LAIGNEL-LAVASTINE.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	GOUGEROT.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GUILLAIN.
Clinique des maladies du système nerveux	LEMIERRE.
Clinique des maladies infectieuses	CUNÉO.
	GOSSET.
Clinique chirurgicale	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	VELTER.
Clinique urologique	CHEVASSU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	JEANNIN.
	LÉVY-SOLAL.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	HARVIER.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	M. VILLARET.
Clinique de la Tuberculose	TROISIER.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Clinique de cardiologie	LAUBRY.
Clinique de neuro-chirurgie	Clovis VINCENT
Assistance Médico-sociale	N...
	HAZARD.
	MULON.
Professeurs sans chaire	OLIVIER.
	SANNIÉ.
	VERNE.



II. AGRÉGÉS EN SERVICE

MM.

AMELINE Pathologie chirurgicale.
BARIÉTY Pathologie médicale.
BERNARD Étienne. Pathologie médicale.
BESANÇON (Justin). Hydrologie.
BONNET Bactériologie.
BOULANGER . Chimie.
BOULIN Pathologie médicale.
BROUET Pathologie médicale.
BULLIARD .. Histologie.
CACHERA Pathologie médicale.
CORDIER Anatomie.
COSTE Pathologie médicale.
COUVELAIRE (Roger). Urologie.
DELARUE ... Anatomie pathologique.
DELAY Pathologie médicale.
DEGREZ (H.). Physique.
DESOILLE ... Médecine légale.
DIGONNET ... Obstétrique.
DOGNON Physique.
FEVRE Pathologie chirurgicale.
FUNCK-BRENTANO Pathologie chirurgicale.
GALLIARD .. Parasitologie.
GARCIN Pathologie médicale.
M^{lle} GAUTHIER-VILLARS. Anatomie
pathologique.
GAYET Physiologie.
DE GENNES . Pathologie médicale.

MM.

GIROUD	Histologie.
HAGUENAU ..	Pathologie médicale.
HALPHEN ...	Oto-rhino-laryngologie.
JOANNON	Hygiène.
LACOMME ..	Obstétrique.
LANTUÉJOUL.	Obstétrique.
LAVIER	Parasitologie.
LELONG	Pathologie médicale.
LEMAIRE ...	Pathologie expérimentale.
LENÈGRE	Pathologie médicale.
M ^{lle} J. LÉVY .	Pharmacologie.
MARCHAL ...	Pathologie médicale.
MÉNÉGAUX ..	Pathologie chirurgicale.
MOLLARET ..	Pathologie médicale.
MOUQUIN ...	Pathologie médicale.
PATEL	Pathologie chirurgicale.
PETIT-DUTAILLIS.	Pathologie chirurgicale.
RENARD	Ophtalmologie.
RICHET	Physiologie.
SÈNÈQUE ...	Pathologie chirurgicale.
SICARD	Pathologie chirurgicale.
SOULIE	Pathologie médicale.
SUREAU	Obstétrique.
TURPIN	Pathologie médicale.
WILMOTH ...	Pathologie chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

ALGLAVE ... Pathologie chirurgicale.
BUSQUET ... Pharmacologie.
CHAILLEY-BERT Physiologie.
GUÉNIOT Obstétrique.
HEITZ-BOYER Pathologie chirurgicale.

MM.

LARDENNOIS. Pathologie chirurgicale.
LE LORIER . Obstétrique.
NEVEU-LEMAIRE Parasitologie.
VAUDESCAL . Obstétrique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent

MM.		MM.	
ALAJOUANINE	} Clinique médicale.	BASSET	} Clinique chirurgicale.
BRULÉ		BROCQ	
CATHALA ...		CADENAT ...	
CHABROL ...		GATELLIER .	
CHEVALLIER.		de GAUDART	
DONZELOT ..		d'ALLAINES	
DUVOIR		LEVEUF	
GASTINEL ...		MOULONGUET	
HUGUENIN ...		MOURE	
LAROCHE (G.)		QUENU	
LIAN			
MOREAU			
PIÉDELIÈVRE.			
SÉZARY			

MM.	
ECALLE	} Clinique obstétricale
METZGER ...	
PORTES	
VIGNES	

V. CHARGÉS DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé ..	Éducation physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PERE

Monsieur le Docteur JEAN GAUTIER

Médecin de l'Hôpital de Versailles

à qui je dois l'essence de ma formation médicale, en témoignage de ma profonde affection.

A MA MERE

A MES FRERES ET SŒURS

AUX MIENS

A MES AMIS.

A MON PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur CHEVASSU.

avec toute notre gratitude pour l'honneur qu'il nous a fait
de bien vouloir présider cette thèse.

A MONSIEUR LE DOCTEUR L. RAMOND

Médecin de l'Hôpital Laënnec

En témoignage de notre profonde reconnaissance pour son précieux Enseignement, et la bienveillance constante qu'il nous a toujours témoignée.

A MONSIEUR LE DOCTEUR ROUSSILLE

Urologiste de l'Hôpital de Versailles

qui a bien voulu nous transmettre les éléments de cette observation et que nous tenons à remercier particulièrement.

A MES MAÎTRES
DANS LES HOPITAUX DE PARIS

Monsieur le Professeur SERGENT

Monsieur le Professeur DUVAL

Monsieur le Professeur VILLARET

Monsieur le Professeur GOSSET

Monsieur le Docteur P. BROCC
Professeur Agrégé

EXTERNAT

Monsieur le Docteur MONBRUN
Ophtamologiste de l'Hôpital des Enfants Malades

Monsieur le Docteur LOUIS BAZY
Chirurgien de l'Hôpital Saint-Louis

Monsieur le Docteur LOUIS RAMOND
Médecin de l'Hôpital Laënnec

Monsieur le Professeur GOUGEROT
Médecin de l'Hôpital Saint-Louis

A Messieurs les Docteurs

KOURILSKY — FAVORY — BLONDIN — HEPP — MERLE
d'AUBIGNE — VIALARD.

A mes conférenciers

Messieurs les Docteurs
LAFITTE - LAZARD - - CARREZ - - MATHE.

INTRODUCTION

La blennorragie, d'après les traités classiques, se présente sous une forme suraiguë, aiguë, subaiguë ou chronique. Le Dr. Janet propose de donner le nom de gonococcie chronique ou d'urétrite gonococcique chronique à une forme caractérisée par la persistance de foyers à épithélium plat, « foyers anatomiques congénitaux ou foyers pathologiques accidentels dûs à la transformation de l'épithélium cylindrique normal de l'urèthre ou de ses glandes, sous l'influence de la maladie ou des mauvais traitements ».

Cette affection, bien déterminée, est rare. Pour l'affirmer d'une manière certaine, la présence de gonocoques est indispensable (et même de gonocoques intracellulaires). C'est une gonococcie à localisations, que nous étudierons en détail, affection provoquant des rechutes le plus souvent bénignes et de courte durée, qui ne tardent pas à disparaître sous l'influence des lavages uréthraux.

La forme que nous avons l'intention de décrire se différencie de l'urétrite gonococcique chronique par plusieurs points :

1° Début par une urétrite d'évolution suraiguë avec état septicémique grave d'une durée anormale.

2° Après disparition lente et apparemment totale des accidents, rechutes graves, d'évolution interminable, survenant à la suite de petits abcès de la fosse naviculaire ou de glandes de Littre sans réinoculation ; chacune de ces rechutes s'accompagnant de signes généraux sérieux et de réactions rhumatismales.

L'étude de cette forme, d'une rare virulence et d'une ténacité anormale, nous a semblé mériter une description détaillée, une étude étiologique et pathogénique minutieuse permettant de la situer dans les variétés les plus graves de l'infection gonococcique considérée dans son ensemble.

Causes de la chronicité des Gonococcies

Rappelons tout d'abord la nécessité absolue de préciser le diagnostic bactériologique de toute uréthrite chronique. Il faut pour affirmer ce diagnostic rechercher et trouver le gonocoque. Après avoir longuement interrogé le malade et pris son observation en notant ses antécédents uréthraux, les divers traitements subis, les rechutes etc... il faut faire une recherche bactériologique attentive :

1° de la sécrétion uréthrale,

2° des filaments du premier verre,

3° des filaments du deuxième verre après massage prostatique. Une centrifugation est souvent nécessaire.

Si même une réactivation par la bière est pratiquée, ces trois épreuves bactériologiques sont à recommencer au bout de vingt-quatre heures. Un résultat positif permet alors seulement d'affirmer le diagnostic.

Les travaux des auteurs modernes ont bien mis en lumière que les uréthrites gonococciques qui ne guérissent pas dans les délais classiques sont fréquentes, que l'on voit surtout leur persistance survenir après de mau-

vais traitements, mais que, dans bien des cas, elles restent interminables malgré une thérapeutique rigoureuse.

On sait que cette tendance à la chronicité, rétrécissements mis à part, est due dans 80 % des cas environ à l'urèthre antérieur ; les autres proviennent de l'urèthre postérieur et sont dûs à de la prostatite, de la vésiculite, de la déférentite, ou même à de l'épididymite.

Dans les blennorragies interminables, c'est donc à l'urèthre antérieur qu'il faut tout d'abord penser.

Cliniquement on s'en aperçoit à ce que, seul, le premier verre contient au moment de la miction, des filaments ou un aspect trouble ; le second verre restant limpide, contrairement à ce qui se produit lorsque la chronicité est due à l'urèthre postérieur.

Il faut dans ce cas rechercher les repaires congénitaux ou acquis sur lesquels le Dr. Janet a fortement insisté.

Nous ne ferons que citer les anomalies du prépuce, le phimosis, le paraphimosis, les balanites et balano-posthites, l'infection des glandes de Tyson.

Beaucoup plus importantes sont les anomalies du méat. Il faut les dépister avec grand soin lorsque, au décours de la blennorragie, on découvre un orifice donnant une goutte de pus après une pression douce. Il convient alors d'explorer le trajet et de rechercher sa profondeur avec un stylet, car ces repaires gonococciques doivent être directement désinfectés pour obtenir la guérison.

D'autres anomalies du méat, tel l'hypospadias, sont plus faciles à reconnaître. On doit cependant se souve-

nir que cette anomalie s'accompagne fréquemment de canaux plus ou moins nombreux, le plus souvent antérieurs, parfois latéraux, plus rarement sous le méat et le gland, et que ces canaux ne communiquent pas toujours avec l'urèthre.

Il existe également des valvules qui peuvent conserver le gonocoque à l'abri des lavages antiseptiques. Rappelons que la valvule de Guérin, située environ à 2 centimètres du méat, au fond de la fosse naviculaire et sur sa paroi supérieure, peut avoir une profondeur anormale ; que les valvules de Morgagni, plus profondément situées, siègent aussi sur la paroi supérieure et servent parfois également de repaires au gonocoque. Il faut donc, à l'aide d'un stylet mousse, procéder à une exploration méthodique de tous les trajets anormaux possibles ; lorsqu'une blennorragie se prolonge et que le méat, 24 à 36 heures après un lavage bien conduit, contient encore le matin une petite goutte de pus franchement gonococcique avec éléments microbiens bien colorés, d'aspect nettement virulent (nombreux intracellulaires), ce qui prouve qu'ils n'ont pas été touchés par le traitement.

La chronicité peut être enfin entretenue par une infection glandulaire telle que la structure de la glande se modifie, que l'épithélium devient kératinisé, aplati et corné. Cet état permet au gonocoque de rester à l'abri des polynucléaires et c'est là une des causes fréquentes des blennorragies interminables. Ces glandes sont tantôt au niveau de la base du frein ; la rechute s'annonce par la formation d'un petit abcès qui évolue soit vers le canal, soit vers l'extérieur, soit enfin des deux

côtés à la fois ; — tantôt plus profondément situées. Il s'agit dans ce cas des glandes de Littre dont l'infection donne au toucher du canal l'impression de grains de plomb. L'évolution habituelle des Littrites est la guérison spontanée sous l'influence des lavages ; cependant l'abcédation de ces glandes peut créer un foyer de chronicité qui exigera pour guérir la destruction par étincelage.

Signalons également les Cowpérites et, pour terminer cet exposé, nous ne saurions mieux faire que de citer cette phrase du Dr. Barbellion : « Les repaires glandulaires acquis, particulièrement redoutables, nullement influencés par les vaccins doivent faire très soigneusement vérifier la guérison. Ils sont souvent la cause de rechutes à brève ou à longue échéance ».

Telles sont les blennorragies prolongées dues aux repaires microbiens. La rechute, franche, avec écoulement abondant, survient d'habitude dans ces cas, dès que l'on interrompt le traitement ; ils s'opposent aux blennorragies chroniques avec très léger suintement purulent, qui ne redeviennent jamais aiguës malgré la suppression des lavages. Ces cas sont assez rares ; dûs le plus souvent à l'abus de certains balsamiques, ils dépendraient plutôt du mauvais état général du sujet.

Le cas que nous allons rapporter se rapproche de ceux décrits jusqu'ici, mais nous avons dit qu'il s'en différencie cependant par la durée exceptionnelle et la gravité de ses nombreuses rechutes.

OBSERVATION

J. H.... terminait, en Août 1931 son service militaire en Algérie, lorsque, 20 jours avant sa libération, il contracta la blennorragie. Ce virus lui fut transmis dans une maison publique d'Alger par une femme négroïde. (Nous verrons que ce détail méritait d'être mentionné).

Trois jours après ce contact et avant toute apparition locale de l'infection, J. H... constata qu'il était fébrile et très courbaturé. Ce malaise alla en s'accroissant jusqu'au 7^e jour, date du début de l'écoulement. La température était alors de 38°5. Il se fit porter malade et le Major le mit à l'infirmerie avec un traitement consistant en absorption de Santal et des lavages au Permanganate de Potasse. Ni l'abondance de l'écoulement, ni l'élévation de la température aux environs de 39° ne firent modifier cette thérapeutique. Les lavages avec une solution dont nous ignorons la concentration — (elle devait être assez forte d'après les dires de l'intéressé) — furent d'ailleurs très mal faits, car on laissa ce soldat se les pratiquer lui-même ; ils étaient extrêmement douloureux. Cependant, désireux de revenir au plus tôt dans ses foyers, ce jeune homme ne déclara plus sa température réelle ; il fut libéré et fit le voyage de retour avec une fièvre très élevée dans des conditions particulièrement mauvaises, si bien que la première prise de température chez ses parents fut 40°8.

L'aspect de ce malade était celui d'un grand infecté : amaigrissement marqué, faciès plombé, langue très saburrale. Pouls rapide, petit et mal frappé. A l'auscultation du cœur tendance à l'égalité des deux silences et au rythme pendulaire. Au bout de 48 heures, la température oscillant toujours au-dessus de 40° une hémoculture fut pratiquée ; elle donna un résultat positif.

Le seul traitement prescrit depuis le retour et qui consistait en boissons diurétiques légères, abondantes, lait et uroformine, fut alors modifié. Une injection intraveineuse de gonacrine à 0,5 % fut pratiquée. Le résultat en fut déplorable ; le lendemain matin l'état de ce jeune homme était nettement aggravé : prostration, teint fortement subictérique, arthralgies, foie débordant de deux travers de doigt, douloureux, urines beaucoup plus rares, de couleur acajou. La Gonacrine ne fut pas continuée ; elle fut remplacée quotidiennement par 10 CC. de septicémine intraveineuse, médication qui fut très bien tolérée, amena une baisse progressive de la température, un relèvement de l'état général, une amélioration des bruits du cœur et la disparition des troubles articulaires.

Cependant, sans que l'écoulement uréthral, toujours très important, ait subi de diminution appréciable, une orchépididymite droite survint après la onzième injection. La Septicémine fut continuée encore une semaine ; l'orchépididymite fut traitée simplement par une planchette ouatée et un liniment belladonné, laudanisé ; elle eut une évolution banale.

Lorsque la phase aiguë fut terminée, ce malade fut traité par le stock-vaccin antigonococcique de l'Institut

Pasteur. Les premières doses de un quart de centimètre cube donnèrent des réactions violentes : localement, grand placard érythémateux autour du point de l'injection avec réaction générale marquée, grand frisson, puis température atteignant 40°5. De ce fait, les injections furent espacées et les doses faibles répétées jusqu'à tolérance, puis très prudemment augmentées. Chaque augmentation réveillait en effet des douleurs assez marquées au niveau de la nuque et des membres. À la douzième injection seulement le cc. entier put être injecté.

Pendant ce traitement vaccinal, un traitement local par lavages avec des solutions remarquablement faibles de Permanganate de potasse fut entrepris et continué quotidiennement. Le canal était toujours très douloureux ; une poussée de Littrite ressemblant à un semis de petits grains de plomb résistant aux lavages, des séances de massages sur Béniqué droit furent pratiquées. Mais le canal restait si longtemps douloureux après ces petits massages que l'on fût obligé d'injecter dans le canal, avant et après, du sérum Percaïné. Ce dernier traitement parvint enfin à tarir l'écoulement et la guérison apparente de cette première phase de la maladie fut obtenue en Avril 1932. Sa durée avait donc été de huit mois.

Dans le courant du mois de Juin suivant, une série d'examens cliniques et de Laboratoire fut pratiquée en vue d'assurer à ce jeune homme, qui avait un projet de mariage, sa guérison complète. Recherche de filaments après massages prostatiques, spermoculture.... tout fut négatif, si bien que le mariage, autorisé, aurait été contracté si une rupture n'était survenue pour de tout autres raisons.

En Juin 1934 survint un accident oculaire curieux qu'il nous paraît logique de rattacher à l'intoxication gonococcique car il a précédé de peu de semaines la première rechute de l'uréthrite. Tout d'abord, J. H. constata une diminution progressive assez rapide de la vision de l'œil droit puis il eut l'impression de taches obscurcissant peu à peu le champ visuel. L'Ophthalmologiste consulté, le Dr. Ducamp, remarqua l'existence d'une hémorragie rétinienne, en flammèche, et pensa tout d'abord à une névrite optique d'origine syphilitique. Une P. L. fut pratiquée. L'examen sérologique du liquide céphalo-rachidien fut totalement négatif de même que celui du sang. L'analyse chimique montrait l'existence d'une albuminose modérée et l'analyse cytologique, celle d'une légère lymphocytose.

A la suite de cette P. L., des troubles douloureux marqués survinrent : céphalée intense, douleur et raideur de la nuque, si bien que ce jeune homme dût garder le lit pendant une quinzaine de jours. Un traitement au Bivatol commencé dès la constatation de l'hémorragie rétinienne n'ayant rien donné, fut remplacé par l'autohémothérapie additionnée d'Uroformine. Après la sixième injection, les troubles oculaires disparurent ; il ne reste aujourd'hui de cette affection de l'œil droit qu'une vision légèrement moins nette des objets, ainsi qu'une atténuation des couleurs perçues, qui sont plus pâles et un peu différentes, surtout en ce qui concerne le rouge.

Trois semaines après cette guérison, survenait la première rechute sans qu'il soit possible d'incriminer une réinoculation, le dernier rapport remontant à trois se-

maines avait eu lieu avec une femme reconnue par la suite indemne de blennorragie.

Le début de cette rechute fut brutal. J. H. sentit une induration douloureuse se former au niveau de la partie antérieure du canal, près de la fosse naviculaire ; une goutte de pus s'en écoula le lendemain et vingt-quatre heures plus tard un écoulement très abondant, contenant une quantité considérable de gonocoques intra et extra cellulaires, exigeait un enveloppement de la verge et du prépuce ainsi que le port d'un suspensoir. La température monta aux environs de 39° et se maintint à ce niveau pendant plus d'une semaine. Au bout de quelques jours, une série de grains de Littrite, très douloureux au toucher, était perceptible le long de l'urèthre antérieur.

Plusieurs vaccins furent successivement essayés sans provoquer de modification appréciable : Vaccins de Bruschetti, de Demonchy, de Ronchèse ; Gono-Vaclydun... il en fut de même des premiers traitements locaux faits avec des solutions d'Argyrol de Barnes. Le Permanganate de potasse fut alors repris et il amena en Janvier 1935, c'est-à-dire après quatre mois et demi de traitement, une nouvelle guérison apparente.

En Avril 1935, deuxième rechute. Un grain de Littrite parut, grossit et forma un petit abcès qui s'ouvrit spontanément dans l'urèthre à 1 cm. environ en arrière de la fosse naviculaire. Dès le lendemain de cette ouverture, l'écoulement devint très abondant. Le Dr. Rousille, se souvenant de la lenteur d'évolution de l'urétrite primitive et de la rechute, fit dès les premiers jours des injections d'Albargine à 1 % qui ne produisirent aucune

amélioration. Il reprit par la suite le Permanganate de K., puis étincela le grain de Littrite qui suppuraît toujours. L'écoulement parut cesser, mais le 2^e verre contenait encore d'assez nombreux filaments ; un massage prostatique permit d'obtenir un liquide purulent riche en gonocoques intracellulaires. C'est à ce moment que ce malade fut montré à M. le Professeur Chevassu qui fit faire une uréthrographie dans son service.

L'injection lipidolée montra l'existence d'une petite caverne dans le lobe gauche de la prostate ressemblant à un petit diverticule de l'urèthre postérieur. Cette complication fut soignée par des bains de siège, des lavements chauds et des lavages au permanganate. Une série d'injections de Vaccin mixte antigono et antistaphylo fut faite (Legueu et Fouquiau ayant insisté sur la grande fréquence de l'association du gonocoque et du staphylocoque au niveau de la prostate). Le résultat ne fut guère appréciable ; les filaments persistèrent aussi nombreux dans le deuxième verre. C'est alors que, la température étant redevenue normale, le toucher rectal ayant montré l'absence de déformation appréciable et de tension douloureuse de la prostate, une uréthroscopie permit de voir la lésion et d'étinceler les parois de la petite cavité, ce qui amena enfin la guérison de cette deuxième rechute en Septembre 1935.

Cette rechute avait donc duré cinq mois pendant lesquels ce jeune homme fut traité successivement par l'Albargine à 1 %, le Permanganate de potasse à 0,5 pour mille. Le Protargol, l'Herniophényl, les Bougies de Réthragine Toraude ; les pansements permanents de Motz ont été successivement essayés eux aussi, sans résultat

appréciable. Il en fut de même de l'absorption du Santal, du Cubède, de l'Arhéol. Il fallut faire enfin des cauterisations diathermiques d'une Littrite abcédée et d'une petite caverne prostatique.

En Octobre 1935, désireux d'être assuré d'une guérison définitive, J. H... demanda un examen complet de son appareil génito-urinaire. Une recherche minutieuse de tous les repaires possibles fut pratiquée : un stylet mousse suivant la paroi supérieure du canal ne permit pas de découvrir l'existence de valvules de Guérin ni de Morgagni. Une uréthroscopie nouvelle montra l'intégrité apparente du canal, l'absence de toute zone inflammatoire, de toute valvule superficielle ou profonde, enfin la guérison complète de l'abcès prostatique étincelé.

Cependant une troisième rechute survint en Avril 1937. Cette rechute eut un début identique par petit abcès de Littrite suivi d'une uréthrite aiguë très abondante dès les premières vingt-quatre heures. Comme les deux premières, elle fut fébrile et accompagnée d'arthralgies. Le traitement institué à ce moment fut le Progone en injections intraveineuses d'abord puis en comprimés. Ce traitement provoqua une certaine amélioration, mais des grains de Littrite persistèrent, il fallut faire de nouveau des massages sur Béniqué droit, des lavages au Permanganate, pour obtenir une nouvelle guérison apparente en Juillet 1937, au bout de trois mois et demi de soins ininterrompus.

Enfin en Avril 1939 survint, après deux ans de répit, une quatrième rechute. Là encore il ne put y avoir de contamination nouvelle incriminable. Le malade, très précis et très sincère, affirma ne pas avoir eu de rap-

port sexuel depuis près de deux mois au moment où un nouvel abcès intra-urétral survint. Ce nouveau grain de Littrite mit près de trois jours à suppurer et l'écoulement se généralisa en moins de 48 heures accompagné de signes généraux un peu plus bénins : température ne dépassant pas 38°3, douleurs erratiques à la nuque, aux épaules et au niveau d'une cheville. Une cure normale de Néo-Coccyll fut immédiatement conseillée. L'administration de ce Sulfamidé fut assez mal tolérée ; J. H. éprouva dès le second jour des impressions de fourmillements intenses et constants dans les membres, des vertiges et une sensation de fatigue générale considérable. Le Néo-Coccyll fut cependant continué pendant neuf jours, mais il n'amena aucune modification appréciable de l'écoulement.

C'est alors que, découragé par cet insuccès et las des essais thérapeutiques infructueux auxquels il avait été soumis au cours des rechutes précédentes, ayant encore au niveau du canal des douleurs après chaque miction et souffrant la nuit d'érections très pénibles, ce jeune homme essaya, sans avis médical, une spécialité à base de balsamiques en suspension dite colloïdale (santal, copahu, etc...). Cet unique traitement parut faire merveille. Les douleurs cessèrent assez rapidement : l'écoulement diminua puis disparut complètement en moins de quinze jours. Par précaution et malgré un début d'intolérance gastrique, J. H. persévéra dans ce traitement pendant encore 15 autres jours. Hélas, dès que cette spécialité cessa d'être absorbée, l'écoulement reprit avec la même intensité qu'au début, accompagné encore de douleurs à la miction. Une analyse

montrait au bout de quarante-huit heures la présence de nombreux diplocoques intra et extra-cellulaires fortement colorés.

Ecoulement urétral abondant, pesanteur dans les bourses, courbature, état subfébrile, douleurs articulaires vagues, c'est dans cet état que ce malade dut rejoindre son Corps au moment de la mobilisation. Pour amener une sédation qui lui permette de circuler, il prit de nouveau quelques doses de la spécialité signalée ci-dessus puis fut envoyé en consultation à l'Hôpital Dominique-Larrey où il fut traité par le Dr. L. Gautier, Assistant de M. le Professeur Chevassu, de la façon suivante : Suppression totale des traitements par voie buccale et des lavages uréthraux avec un régime alimentaire très strict surtout lacto-végétarien avec proscription absolue de toute boisson autre que l'eau, les tisanes diurétiques légères et le lait et de tout aliment épicé ou fermentescible. La suppuration urétrale, douloureuse au début, subit une première phase d'augmentation puis diminua peu à peu comme il avait été prévu, la muqueuse reprenant d'elle-même sans doute un pouvoir antitoxique qu'elle avait perdu à la suite des nombreux traitements suivis soit par voie buccale, soit par injections locales. Un auto-vaccin fut préparé à la concentration de huit milliards par cc. grâce à l'amabilité du Dr. Debat et du Dr. Aïtoff, son Chef de Laboratoire. Le Dr. L. Gautier prescrivit en même temps un Opiat à base de Beaume de Copahu et de poivre de Cubèbe.

Les premières injections d'auto-vaccin ne donnèrent que peu de réactions locales et générales. Faites très prudemment en commençant par 1/8^e de Cc. elles fu-

rent renouvelées seulement lorsque la rougeur locale de l'injection précédente avait totalement disparu, de manière à être sûr de nē pas réinjecter pendant la phase dite négative ; les doses de 1/4, 1/2, 3/4 et 1cc. furent ainsi successivement administrées. L'écoulement devenait de moins en moins appréciable ; des lavages faibles furent alors de nouveau prescrits ainsi qu'un autre Sulfamidé, le Sulfagone Carrion, aux doses de 8-8-6-4-3-3-2 comprimés par jour. Le Sulfagone fut mieux toléré, il ne provoqua que des phénomènes vertigineux légers. Grâce à l'ensemble de ce traitement, la guérison fut enfin obtenue après sept mois de soins.

Quel sera l'avenir de ce malade ? L'infection primitive dura huit mois ; les rechutes (quatre en cinq ans) eurent chacune une durée de quatre, cinq, six et même sept mois. La phase actuelle correspond-elle à une guérison vraie ou sommes-nous en face d'une nouvelle période d'accalmie ? L'avenir seul nous le dira. Quoi qu'il en soit, l'observation que nous venons d'exposer permet déjà de préciser un certain nombre de points et d'individualiser une forme clinique grave assez particulière de Gonococcie.

DISCUSSION ÉTIOLOGIQUE ET PATHOGÉNIQUE DE CETTE FORME

A quoi tient la gravité si remarquable de ce cas ? Un premier point a été mentionné : Il s'agit d'une blennorragie contractée en Algérie par un soldat venant de la Métropole, fatigué par le Service militaire et le climat chaud et humide de l'été. Bien plus, cette blennorragie lui fut transmise par une femme nègre. Depuis de longues années, les Cliniciens ont été frappés par la gravité des contaminations gonococciques aux Colonies et particulièrement de celles transmises d'une race noire ou jaune à la race blanche. Il y a là probablement une condition d'exaltation de virulence du Diplocoque de Neisser qui était, nous semble-t-il, digne d'être soulignée.

En second lieu, le début du traitement, fait à l'Infirmerie de la caserne, ne fut aucunement approprié à une forme aussi grave d'uréthrite généralisée : Santal et injections de permanganate à doses fortes. Cela rappelle la période thérapeutique de Ricord, ou pour mieux dire, la période avant Janet, pendant laquelle l'emploi de solutions concentrées diverses amenait une transformation cornée de l'épithélium uréthral, provoquait des rétrécissements et si souvent la chronicité de la blennorragie. Ce jeune homme enfin, faisait ses injections lui-même, sans aucune directive, ce qui aggravait encore les conditions mauvaises du traitement et pou-

vait, dans une certaine mesure, prédisposer aux rechutes.

Il est à remarquer également que le cas que nous venons de citer a trait à un sujet dont le terrain supporte particulièrement mal les composés chimiques habituellement prescrits en pareil cas. La Gonacrine eut un effet lamentable, les Sulfamidés furent mieux tolérés, mais presque inefficaces. Il ne saurait être question, avec les Cocci, d'obtenir une immunisation véritable ; toutefois il semble, en ce qui concerne le Gonocoque, que la virulence des rechutes soit de moins en moins grande chez la plupart des malades. Dans notre cas il n'en est rien, chaque rechute évolue avec une virulence, une soudaineté et une persévérance vraiment insolites. Notre malade ne conservait donc aucune immunité.

Certes, le cas que nous venons de rapporter ne doit pas être unique. En Octobre 1937, au 37^e Congrès français d'Urologie, le Dr. P. Barbellion a insisté sur les « Blennorragies interminables par repaires gonococciques » et sur les « Blennorragies chroniques sans repaires microbiens décelables ». Mais il nous a semblé que les exemples rapportés ne présentaient tout de même pas une gravité comparable à celle du cas qui fait l'objet de notre étude.

Au cours de l'évolution des rechutes, toutes les investigations préconisées par cet Auteur et par Janet ont été minutieusement pratiquées. Successivement, l'urètre antérieur puis la prostate, puis de nouveau les Glandes de Littre ont pu être considérées comme les repaires incriminables. Et cependant après chacune des atteintes, un examen approfondi permit de croire à une gué-

raison définitive. Cette guérison fut même affirmée d'une manière catégorique après les accidents du début puisqu'un projet de mariage avait été autorisé. Or, une union contractée dans de telles conditions aurait fatalement entraîné des complications très graves. Et ce point nous permet d'insister sur l'importance d'un examen génital très approfondi lorsqu'un certificat pré-nuptial est demandé par un ancien blennorragique. D'autres considérations découlent aussi de cette observation. Il serait désirable que l'on enseignât davantage aux jeunes gens que la blennorragie est une maladie souvent grave par elle-même et qui peut être plus grave encore par les conséquences tardives qu'elle peut entraîner ; que, déclarée, cette affection demande à être traitée systématiquement, dès le début, et de préférence par un médecin spécialisé. Enfin, qu'il n'existe pas un traitement de la blennorragie, mais bien une série de méthodes qui doivent être choisies ou combinées selon chaque cas particulier.

En effet, les Sels d'Acridine, les Sulfamidés, les Vaccins permettent d'obtenir de nombreuses guérisons, mais nous avons vu que leur efficacité est parfois inconstante.

L'auto-Vaccin qui, entre les mains de nombreux Auteurs a paru donner des résultats plus réguliers dans les formes chroniques rebelles (Janet et Debains, Congrès d'Urologie 1936) a eu dans notre cas une efficacité incontestable. Il doit être fortement conseillé lorsqu'une forme tenace se présente et il semble préférable de le faire préparer à une forte concentration. Celle employée dans notre cas était de huit milliards par cc.

Puisque l'avenir de notre jeune malade reste malgré

tout incertain, nous pouvons constater qu'il n'a pas épuisé toutes les ressources de l'arsenal thérapeutique actuel. Le Mercurochrome en injections dans l'urèthre, également préconisé, n'a pas été employé.

Enfin dernièrement, le Dr. R. Dreyfus a publié avec les Drs. Halphen et Auclair de remarquables résultats obtenus par des applications régionales d'ondes courtes qui permettent d'élever localement la température à 41°, température nécessaire à la stérilisation des Gonocoques. Ce dernier traitement serait à entreprendre en cas de nouvelle rechute.

Mais dans la pratique courante, il ne faut pas oublier que ce sont les lavages et seulement les grands lavages bien conduits qui permettent le plus souvent d'obtenir la guérison. Le Permanganate à doses d'autant plus faibles que la virulence de l'infection est plus grande, l'Oxycyanure, l'Argyrol. Ces lavages décrits dans leurs moindres détails par le Dr. Janet dans un livre intitulé « Diagnostic et Traitement de la Blennorrhagie » non seulement guérissent mais évitent presque totalement les rétrécissements, autrefois si fréquents.

CONCLUSIONS

Il existe une forme grave de Blennorragie chronique à rechutes, consécutive à une Uréthrite Gonococcique totale suraiguë.

Cette forme doit ses rechutes à la persistance de l'infection dans les glandes annexées aux différents étages du Canal Uréthral : Un foyer prostatique latent, une Littrite peuvent par abcédation, provoquer sur un terrain prédisposé une affection massive nouvelle de tout le canal uréthral.

Ce n'est qu'avec circonspection et après avoir procédé à toutes les recherches de repaires gonococciques que le médecin est autorisé à affirmer la guérison définitive d'une blennorragie sérieuse, à plus forte raison, à délivrer un certificat prénuptial. Cette attitude sera d'autant plus indispensable s'il s'agit d'une Blennorragie contractée aux Colonies.

Il est nécessaire que les Centres antivénériens enseignent davantage la gravité de la Blennorragie et de ses conséquences.

Une Blennorragie sérieuse exige des soins constants et systématiques dès le début. La Chimiothérapie de la Gonococcie est souvent inconstante et ne peut pas être tolérée par tous. La Vaccino-thérapie est souvent inefficace. L'Autovaccinothérapie à fortes concentrations est plus active et doit être préconisée dans les formes à rechutes graves.

VU ET APPROUVÉ : *Le Président de la thèse,*
CHEVASSU

VU : *Le Doyen,*
TIFFENEAU

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
G. ROUSSY

